

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE FORMATION COMPLÉMENTAIRE

*La faculté qui soumet votre demande est celle où vous allez suivre cette formation. Veuillez-donc acheminer ce formulaire dûment rempli avec les documents demandés au vice-doyen aux études médicales postdoctorales de la faculté de médecine concernée.*

### SECTION I – Identification

Nom de la personne postulante	Téléphone	
Adresse (no civique, rue, ville)	Courriel	
Programme actuel	Niveau de résidence	Cohorte
Université d'attache actuelle	Date prévue de fin de formation pour la spécialité en cours	

### SECTION II – Nom, lieu et durée de la formation complémentaire

Nom de la formation : \_\_\_\_\_

Université : \_\_\_\_\_

Établissement : \_\_\_\_\_

Responsable du stage : \_\_\_\_\_

Durée prévue : \_\_\_\_\_ Date de début : \_\_\_\_\_ Date de fin : \_\_\_\_\_  
(aaaa-mm-jj) (aaaa-mm-jj) (aaaa-mm-jj)

### SECTION III – Recrutement

Cochez une seule case :

Universitaire (centre hospitalier universitaire, institut universitaire, centre affilié universitaire)

Non-universitaire

Nom de l'établissement qui vous recrute : \_\_\_\_\_

#### SECTION IV – Description et justification de la formation

*Cette section doit être complétée pour décrire et justifier la formation complémentaire visée et le lieu de formation choisi (Sans dépasser l'espace prévu, mettre le plus de détails possibles pour permettre l'appréciation de la formation proposée. Utiliser une taille de police lisible, par exemple Arial 10 ou Times New Roman 11)*

#### SECTION V – Formation supplémentaire

*Veillez indiquer si, au terme de cette formation complémentaire, vous prévoyez suivre une formation supplémentaire à l'extérieur du Québec.*

**Oui** – Complétez

**Non** – Allez à la section suivante

\_\_\_\_\_  
Établissement ou université :

\_\_\_\_\_  
Ville :

\_\_\_\_\_  
Pays :

\_\_\_\_\_  
Durée prévue :

**Description et justification de cette formation supplémentaire** (ne pas dépasser l'espace prévu) :

## SECTION VI - Signature de la personne postulante

J'atteste que les renseignements fournis sont exacts. Je comprends aussi que le MSSS finance cette formation complémentaire dans le but de répondre aux besoins de l'établissement recruteur et je m'engage à y exercer pendant une durée minimale de trois (3) ans suivant la fin de ma formation complémentaire.

\_\_\_\_\_

Date (aaaa-mm-jj)

\_\_\_\_\_

Signature de la personne postulante

## SECTION VII – Approbation de l'établissement recruteur

### Directeur des services professionnels (DSP) de l'établissement recruteur

J'atteste que la formation complémentaire répond aux besoins de l'établissement et qu'un poste au PEM a été réservé pour le candidat en vue de son recrutement. De plus, je confirme que ce recrutement est conforme aux activités cliniques autorisées dans l'établissement et que l'établissement possède les infrastructures et l'équipement nécessaires à la pratique du candidat.

\_\_\_\_\_

Nom

\_\_\_\_\_

Titre

\_\_\_\_\_

Date (aaaa-mm-jj)

\_\_\_\_\_

Signature

### Doyen ou vice-doyen responsable des recrutements universitaires (recrutement universitaire seulement)

J'appuie cette demande et atteste que le recrutement de ce candidat est approuvé par la faculté de médecine.

\_\_\_\_\_

Nom

\_\_\_\_\_

Titre

\_\_\_\_\_

Date (aaaa-mm-jj)

\_\_\_\_\_

Signature

## SECTION VIII – Approbation de l'établissement de formation

### Directeur du programme de résidence

J'atteste que les milieux de formation qui seront utilisés ont la capacité d'accueil pour recevoir le candidat et que les stages proposés permettront l'acquisition de la pointe d'expertise visée.

\_\_\_\_\_

Nom

\_\_\_\_\_

Titre

\_\_\_\_\_

Date (aaaa-mm-jj)

\_\_\_\_\_

Signature

**SECTION IX – Conférence des vice-doyens aux études médicales postdoctorales (CVDFM)**

\_\_\_\_\_

Nom

\_\_\_\_\_

Titre

\_\_\_\_\_

Date (aaaa-mm-jj)

\_\_\_\_\_

Signature

**SECTION X – Ministère de la Santé et des Services sociaux**

Formation approuvée

Formation refusée

\_\_\_\_\_

Nom

\_\_\_\_\_

Titre

\_\_\_\_\_

Date (aaaa-mm-jj)

\_\_\_\_\_

Signature

Commentaires du MSSS: